**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS (CRS)**

Por favor mande este formulario a la clinica que le quede mas cerca:
 124 W. Thomas Rd, Phoenix, AZ 85013 T-(602) 406-6446 or Fx-(602) 406-7166
 2600 N. Wyatt Dr., Tucson, AZ 85712 T-(520) 324-5437 or Fx-(520) 324-3084
 1200 N. Beaver, Flagstaff, AZ 86001 T-(520) 773-2054 or Fx-(520) 773-2286
 2400 Avenue A, Yuma, AZ 85364 T-(520) 344-7095 or Fx-(520) 344-7497

APLICACIÓN PARA CRS

Fecha de hoy:

NOMBRE DEL NIÑO/A (apellidos, nombre)		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (mes/dia/año) / /			
PEDIATRA/MEDICO DEL NIÑO/A		DIRECCIÓN	TELFONO () -			
PADRES O GUARDIAN LEGAL (apellidos, nombre)			RELACION AL NIÑO/A			
DOMICILIO DEL NIÑO/A		numero y calle	ciudad	estado	codigo postal	condado
TELEFONO DE SU DOMICILIO () -	TELEFONO DE RECADO () -	TELEFONO EN SU TRABAJO () -		Correo electronico (e-mail)		
EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: (nombre, relación, dirección, teléfono)						
RAZON POR REFERIR EL (LA) NIÑO/A A CRS						
APUNTAR DIAGNOSTICOS PRIMARIOS (e.g., labio leporino, defecto cardiaco, paralisis cerebral, etc.) CUANDO POSIBLE, <u>POR FAVOR ENVIAR EXPEDIENTES CON ESTA APLICACIÓN.</u>						
1)		4)				
2)		5)				
3)		6)				
¿HA RECIBIDO EL NIÑO PREVIOS SERVICIOS DE CRS?:			¿EN QUE AÑO?		¿DONDE?	
			☐ SÍ ☐ NO			
NOMBRE DE LA PERSON QUE LLENO ESTE FORMULARIO		DIRECCIÓN Y TELÉFONO () -		RELACIÓN AL PACIENTE		
REFERIDO POR (nombre y dirección, teléfono) (Esta persona verifica que los padres/gurdian del niño han sido notificado de esta referencia) () -						

PERMISO PARA OBTENER EXPEDIENTES

*AHCCCS ID # _____

Yo autorizo y pido que CHILDREN'S REHABILITATIVE SERVICES por sus contratados empleados autorizados, obtenga fotocopias de los expedietes medicos del paciente nombrado en este formulario.

Obtener expedientes de:

Medico/pediatra principal del niño: _____ Dirección: _____

Especialista: _____ Dirección: _____

Especialista: _____ Dirección: _____

Terapistas/Profesores: _____ Dirección: _____

Este permiso es valido por un año desde la fecha indicada. Yo he dado este permiso por mi propia voluntad y sin coerción. Puedo revocar esta autorización cuando quiera siempre que se lo indique por escrito a la clinica de Children's Rehabilitative Services. Entiendo que una fotocopia o fax de esta autorización se aceptará tanto como el original.

Firma del interesado

Fecha

Relación al Paciente

Por favor enviar una copia de la informacion o la tarjeta de la aseguranza del nino.

FOR CRS CLINIC USE ONLY			
APPLICATION REVIEWED BY:	DATE	☐ Approved	
CLINIC ASSIGNMENTS:			
☐ PEND-diagnostic tests	☐ PEND-other medical records	☐ DENY-no medical documentation	☐ DENY-not medically eligible